

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

444

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1896, à 1 heure

PAR

BOYARD BENJAMIN

(Né à Amiens (Somme), le 21 juin 1866).

—†—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

GOMMES SYPHILITIQUES
DE LA CONJONCTIVE

—❁—

Président : M. PANAS.

Juges : MM. { CORNII, professeur.
LETULLE, HARTMANN, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

~~~~~

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

444

POUR

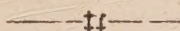
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1896, à 1 heure*

PAR

BOYARD BENJAMIN

(Né à Amiens (Somme), le 21 juin 1866).



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

GOMMES SYPHILITIQUES

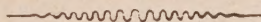
DE LA CONJONCTIVE



*Président : M. PANAS.*

*Juges : MM.* { CORNIL, professeur.  
LETULLE, HARTMANN, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les  
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b>                                                  | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs.</b>                                            | MM.            |
| Anatomie.                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.        |
| Histoire naturelle médicale.                                   | N...           |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | GAUTIER.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.                                           | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale.                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie.                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.                             | POUCHET.       |
| Hygiène.                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | LABOULBENE.    |
|                                                                | STRAUS.        |
| Clinique médicale.                                             | G. SÉE.        |
|                                                                | POTAIN.        |
|                                                                | JACCOUD.       |
|                                                                | HAYEM.         |
| Maladie des enfants.                                           | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | RAYMOND.       |
|                                                                | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.                                         | LE DENTU.      |
|                                                                | TILLAUX.       |
|                                                                | BERGER.        |
| Clinique des maladies des voies urinaires.                     | GUYON.         |
| Clinique ophtalmologique.                                      | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement.                                       | TARNIER.       |
|                                                                | PINARD.        |

## Professeurs honoraires.

MM. N..., PAJOT.

## Agrégés en exercice.

|             |             |               |              |
|-------------|-------------|---------------|--------------|
| MM. ACHARD  | MM. GAUCHER | MM. MARIE     | MM. SEBILEAU |
| ALBARRAN    | GILBERT     | MENETRIER     | THIERRY      |
| ANDRÉ       | GILLE DE LA | NELATON       | THOINOT      |
| BAR         | TOURETTE    | NETTER        | TUFFIER      |
| BONNAIRE    | GLEYS       | POIRIER, chef | VARNIER.     |
| BROCA       | HARTMANN    | des travaux   | WALTHER      |
| CHANTEMESSE | HEIM        | anatomiques   | WEISS        |
| CHARRIN.    | LEJARS      | RETERER       | WIDAL        |
| CHASSEVANT  | LETULLE     | RICARD        | WURTZ        |
| DELBET.     | MARFAN      | ROGER         |              |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553824\\_0087](https://archive.org/details/IA41553824_0087)

## INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer à la consultation ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière, un cas intéressant de gomme de la conjonctive. Nous avons songé à en faire le point de départ de notre thèse, et notre travail était déjà avancé, lorsque M. Larroque a soutenu une thèse sur les gommés épisclérales.

Nous n'avons pas pour cela renoncé à notre sujet, car M. Larroque n'y étudie qu'un côté de la question et s'est placé à un point de vue différent du nôtre. En effet, à côté des gommés épisclérales il y a celles qui ont leur origine dans la conjonctive palpébrale ou les tissus sous-jacents.

Nous sommes heureux, profitant des documents, que nous apporte cette thèse, d'avoir pu compléter sur quelques points un des chapitres les plus importants de notre ouvrage.

Avant d'aborder notre sujet, nous voulons ici

remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux qui nous ont si généreusement prodigué leur enseignement et aidé souvent de leurs conseils.

Nous avons commencé nos études médicales à Amiens, où MM. Peugniez et Mollien nous ont singulièrement facilité notre tâche.

A Paris, MM. Lancereaux et Marie pour la médecine, MM. Duplay et Tillaux pour la chirurgie, nous ont initié à toutes les difficultés des cliniques interne et chirurgicale.

Que M. le professeur Panas qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse veuille bien accepter le témoignage de notre vive gratitude.

## HISTORIQUE

Bien que la syphilis oculaire soit extrêmement fréquente, il ne faut pas en conclure que toutes les parties constituant l'œil sont prises avec une égale fréquence. La cornée et surtout la conjonctive échappent le plus souvent aux manifestations de la diathèse syphilitique. Les gommées de la conjonctive, en particulier, sont rares, et, pendant ces dernières années, il n'en a été publié qu'un petit nombre de cas.

Lawrence (*Lectures in the Lancet* 1826) rapporte des cas d'ulcères syphilitiques sordides qui s'étendaient à toute la face interne de la paupière supérieure sans que rien ne se manifestât à la face externe des paupières ni dans la partie visible de la conjonctive.

Dans une de ses observations, il n'a découvert l'ulcération qu'en retournant la paupière.

Mackenzie (*Traité des maladies de l'œil*, Paris, 1896), a vu plusieurs cas d'ulcérations syphilitiques des paupières et de la conjonctive palpé-

brale ; mais il ne relate aucun fait de gomme proprement dite de cette membrane.

La première observation est due au professeur Magni de Bologne 1863 et a trait à une kérato-conjonctivite gommeuse. Le diagnostic de gomme de la conjonctive, fut dans ce cas, combattu par Calza. La syphilis de la femme était pourtant indubitable et il est certain aussi que l'affection guérit en six mois sous l'influence du traitement spécifique ; mais les caractères de l'affection étaient plutôt ceux d'une kérato-conjonctivite strumeuse. (Larroque. Th. Paris, 1896). Petit, de même est porté à croire que « ces petites tumeurs grosses comme des têtes d'épingles formant le centre de vaisseaux irradiés, d'aspect blanchâtre, survenant par poussées successives ont plutôt l'aspect de phlyctènes conjonctivales de ces petites pustuleuses si fréquentes dans l'ophtalmie scrofuleuse.

De Wecker publie dans son traité d'ophtalmologie une observation plus certaine de gomme de la conjonctive. Le diagnostic posé au début fut celui d'épithéliome. L'existence d'autres manifestations syphilitiques, l'action héroïque du traitement spécifique furent les principaux éléments du diagnostic.

Viennent ensuite les observations de Estlan-

der, (Klilinisher Monatsblatter, (1870); Saint-Martin (Bulletin de la Clinique des Quinze-Vingts, 1884) Campart (ibidem 1886).

Barbar, dans sa thèse (de Zurich 1873) sur quelques formes rares d'affections syphilitiques de l'œil, apporte deux nouvelles observations. Une autre est due à Brière (Annales d'oculistique 1874, et une aussi à Andrews (Arch. fur Augeneheilk 1883). Dans le même journal, le Dr L. Minor, en relate un nouveau fait. En 1888, Trousseau présente deux malades à la Société française d'ophtalmologie, de l'étude clinique qu'il en a fait, cet auteur conclut que les gommès n'avaient pas leur point de départ dans la muqueuse conjonctivale ; mais dans le tarse. Fuchs, avant lui, avait émis la même opinion. Dans les deux faits de Saltzman (Société I. R. des médecins de Vienne (1890), le début par la conjonctive n'est pas moins douteux.

Caudron a publié au mois d'avril 1891, dans la Revue générale d'ophtalmologie deux nouvelles observations de gomme de la conjonctive bulbaire qui montrent combien le diagnostic de cette affection est parfois difficile ou même impossible si l'on s'en rapporte au seul aspect objectif des lésions.

Alexander, Faguet, Matignon et Vigneron, Fromaget, Galezowski, dans ces dernières années

ont apporté de nouveaux faits. Le principal mérite de leurs observations est l'abondance des détails et la précision de la description qui nous permettent aujourd'hui d'aborder la description clinique des gommés de la conjonctive.

Notons les observations de Vodzinski et Lagrange et la thèse de Petit, (Bordeaux 1893) dans laquelle sont soigneusement rapportés les faits publiés jusqu'à ce moment.

MM. Panas, Demicheri, Larroque (thèse de Paris 1896), ont observé plusieurs cas de gommés, dont ils mettent le siège primitif dans le tissu superficiel de la sclérotique.

## II

### ETIOLOGIE

Le premier fait qui nous frappe dans l'étude de l'étiologie des gommés de la conjonctive, c'est que tous les malades qui ont présenté cette affection sont des adultes. Elle n'a, en effet, jusqu'à ce jour, été observée que dans la syphilis acquise. La plus jeune malade avait 19 ans, le plus âgé soixante. Son maximum de fréquence s'observe à l'âge moyen de la vie. Elle paraît être à peu près aussi fréquente chez la femme que chez l'homme.

La gomme de la conjonctive, comme celles des autres régions ou organes est un accident tertiaire, et ne s'observe que pendant la troisième période de la syphilis. Le cas le plus précoce a paru huit mois seulement après le chancre. Elle peut être très tardive, puisque dans une observation c'est seulement dix ans après l'accident initial qu'apparut la production gommeuse de la conjonctive.

Quand à la nature même des syphilis dans les quelles se montrent ces lésions conjonctivales, nous n'avons, sur ce point, rien de bien particulier à ajouter; on les a vues dans des syphilis bénignes et dans des syphilis graves ou tout au moins très bruyantes. Remarquons aussi que le siège de l'accident initial n'a aucune influence sur la localisation des accidents oculaires.

Le plus souvent les gommès de la conjonctive ont pour siège la portion bulbaire de cette muqueuse; la conjonctive palpébrale est beaucoup plus rarement en cause: sur vingt-deux observations ce siège n'a été noté que cinq fois.

### III

#### SYMPTÔMES

Les gommes de la conjonctive peuvent être divisées en gommes palpébrales et en gommes bulbaires.

Les *gommes de la conjonctive palpébrale* peuvent être isolées ; le plus souvent pourtant on en rencontre plusieurs. Dans certains cas, elles précèdent dans leur apparition les gommes bulbaires. Ce fait est noté, en particulier, dans les observations de Meyer. Souvent, il faut le reconnaître, elles sont les seules manifestations de la syphilis tertiaire de l'œil. Ces gommes palpébrales peuvent occuper la paupière supérieure ou la paupière inférieure indistinctement. Saltzman a insisté sur la disposition symétrique qu'elles affectent parfois quand elles siègent aux deux yeux. Comme dans les autres observations cette disposition ne se retrouve pas, il nous semble rationnel de penser avec Petit que ce n'est là

qu'un simple effet du hasard, qu'il n'y a aucune raison pour que ces tumeurs, en règle générale, se développent de cette façon symétriquement.

C'est principalement, et même presque exclusivement aux gommés de la conjonctive palpébrale que s'applique la description donnée par Trousseau à la Société d'ophtalmologie. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici cette description tracée de main de maître.

Le début de la maladie est le plus souvent insidieux ; à peine le patient s'aperçoit-il d'une certaine lourdeur, d'une gêne dans les mouvements des paupières. A cette époque un examen attentif faisait voir la conjonctive soulevée par une ou plusieurs petites grosseurs analogues à des chalazions, et il faut le dire, le diagnostic serait fort difficile si les choses en restaient là. Bientôt une certaine réaction se produit ; les tumeurs s'ulcèrent avec des caractères spéciaux, sur lesquels nous reviendrons et sous l'influence du traitement, la cicatrisation se fait sans grand fracas, sans grand dégât. Tel est l'aspect de l'affection dans sa forme chronique. Bien plus caractéristique est la forme aiguë qui, après une période latente de courte durée, force l'attention de l'observateur.

La rougeur débute par le bord ciliaire de la

paupière qui s'épaissit, puis elle gagne la presque totalité du voile palpébral en respectant pourtant le tiers supérieur environ. Il existe un œdème assez considérable, la peau est rouge livide, violacée.

En la déprimant on sent le tarse gonflé, épaissi. Il n'y a pas de sécrétion conjonctivale marquée. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires sont engorgés.

La douleur spontanée n'existe pas; provoquée elle est loin d'être vive.

Au bout de quelques jours, les phénomènes réactionnels s'amendent, la peau pâlit, perd sa teinte violacée, seul, l'épaississement persiste, puis, peu à peu, très lentement, tout rentre dans l'ordre et la paupière reprend son apparence normale, sauf méfaits cicatriciels.

A ces divers aspects du tégument correspondent des manifestations conjonctivales importantes sur lesquelles je vais insister.

Au commencement il existe une ou plusieurs petites tumeurs ayant un volume variant du volume d'un pois à celui d'une noisette et soulevant la conjonctive légèrement hyperémiée, qui, bientôt, au niveau de ce soulèvement, va se teinter de petits points jaunâtres au nombre de deux ou trois pour chaque élevure. C'est la première

période ou période d'éruption, qui passerait inaperçue si on n'était amené à tourner la paupière par les plaintes du patient.

Rapidement la gomme crève et la deuxième période, dite de ramollissement ou d'ulcération commence. Toutes les élevures n'apparaissent pas et ne s'ulcèrent pas en même temps; aussi peut-on voir sur une même conjonctive des gomme à la période d'éruption et d'autres à une période déjà avancée du stade ulcéreux.

Les ulcérations gommeuses se rapprochent en général de la forme circulaire; leurs bords sont taillés à pic, le fond est déchiqueté, raviné, recouvert d'une pellicule grise ici, jaune là, qui ressemble à des morceaux de filasse. Cette matière, très adhérente par places se laisse facilement arracher en d'autres points. Certaines ulcérations se réunissent en groupes; dans ce cas les unes sont superficielles, les autres profondes, et il existe une disposition en marche d'escalier tout à fait caractéristique.

Parfois deux ulcères se fusionnent pour n'en constituer qu'un seul qui se rapproche de la forme circulaire. Entre les ulcères, la muqueuse est boursouflée, parfois ecchymotique. Constamment les pertes de substance respectent lesculs de sac;

elles ne siègent que sur les parties moyenne et inférieure de la conjonctive.

C'est pendant cette période que les phénomènes réactionnels sont les plus intenses. Ils vont s'atténuer dans la troisième période ou période de réparation, pour cesser tout à fait lors de la cicatrisation.

Bientôt, surtout si le traitement est actif, les ulcères se détergent, la matière grisâtre disparaît, les bords s'affaissent, le fond se nettoie, se comble et bourgeonne, l'engorgement ganglionnaire diminue.

De tout cet appareil, en somme effrayant, il ne restera qu'une cicatrice blanchâtre, fibreuse, assez souple pour ne pas trop gêner le jeu de la paupière.

Le pronostic est bénin, lorsque le traitement est institué à temps. Pourtant, il faut compter avec des rétractions ou des déviations des paupières consécutives, parfois avec une chute des cils qui repoussent plus tard, plus souvent avec une atrophie du tarse et un petit degré de lagophthalmie.

Dans les deux cas que j'ai suivis, la guérison a été parfaite ; si l'affection est méconnue ou si elle est traitée mollement et tardivement, il se peut qu'il se produise de la gangrène de la pau-

pière ou même du phagédénisme ; on sait la gravité de ces complications. »

A cette description de Trousseau, si remarquable pourtant, nous devons ajouter quelques détails :

Les symptômes fonctionnels sont peu marqués, la maladie détermine seulement de la gêne et du larmolement dû au réflexe inflammatoire et aussi à l'oblitération des conduits lacrymaux produite par la compression ou l'inflammation.

Lorsqu'une partie étendue de la paupière a été détruite, on peut observer, comme conséquence des ectropions, des colobomas palpébraux, enfin une série d'accidents graves. Heureusement, ce sont là des faits exceptionnels.

B. — Les gommes de la conjonctive bulbaire ne déterminent, au début, qu'une légère douleur. La conjonctive s'injecte, l'œil est rouge et cette rougeur est surtout marquée en un point donné. En même temps, la conjonctive sécrète assez abondamment et le malade a de l'épiphora. Les sensations du malade consistent en picotements plus ou moins légers et en un certain degré de photophobie peu considérable ordinairement.

Dans le point le plus rouge de la conjonctive paraît bientôt une petite élevation rosée, absolu-

ment analogue, dit M. Petit, à une phlyctène. Cette tumeur augmente lentement, sans produire aucun symptôme réactionnel intense. Elle peut atteindre la grosseur d'un pois, d'une noisette ; mais elle dépasse rarement ce volume.

Cette tumeur a une coloration rosée ou violacée, sa forme est arrondie ou ovalaire, sa surface est lisse ou bosselée. De tous les points voisins de la conjonctive, des vaisseaux fortement injectés se dirigent vers elle, la recouvrent, mais ne sont pas mobiles à sa surface (Petit) ou peu mobiles (Larroque). La conjonctive, à ce niveau, a perdu son poli, elle est granuleuse, tomenteuse, en même temps qu'injectée. De consistance dure, d'abord, elle se ramollit par la suite. Elle devient de plus en plus molle jusqu'au moment où elle s'ulcère.

La tumeur, intimement adhérente à la conjonctive, est mobile sur les parties sous-jacentes, quand elle s'est développée dans les parties les plus superficielles de la conjonctive ; mais le plus souvent, elle a pris naissance dans le tissu épiscléral, et alors elle est intimement unie avec la sclérotique, ce qui la rend immobile.

Les troubles qu'elle détermine sont ordinairement assez peu marqués, sauf pourtant lorsqu'elle siège en haut et en dedans, elle gêne

alors les mouvements de la paupière ou ceux du globe oculaire.

Quand la gomme siège au niveau du limbe scléro-cornéen, elle retentit ordinairement sur la cornée qui s'opacifie en partie, s'infiltré et perd sa courbure normale. D'où il résulte des troubles très importants du côté de la vue ; l'acuité visuelle est très notablement diminuée (Petit, Thèse de Bordeaux).

Bien traitée, l'affection peut guérir rapidement et à peu près sans laisser de traces. Négligée, elle détermine l'apparition d'une ulcération qui (Andrews) peut perforer la sclérotique de telle sorte qu'au fond de la perte de substance, on voit alors la choroïde dénudée. Dans le cas de Démicheri, on distinguait une zone de coloration noirâtre, indice d'un amincissement extrême de la sclérotique qui permet de reconnaître l'urée.

*Lésions oculaires concomitantes.*— Les gommés de la conjonctive sont parfois accompagnées ou précédées de lésions oculaires diverses. Les auteurs ont signalé l'iritis, l'irido-choroïdite, la rétinite. Les iritis observées ont toujours été des iritis séreuses, elles ont plusieurs fois laissé après elles des synéchies postérieures. Dans une observation, une rétino-choroïdite a été signalée.

## PRONOSTIC

En somme, le pronostic des gommés de la conjonctive est bénin. Elles disparaissent, en général, très bien sous l'influence d'un traitement approprié, et c'est seulement lorsqu'elles sont négligées, lorsque le traitement spécifique n'a pas été établi d'emblée, qu'on peut voir persister des troubles oculaires ou des déviations palpébrales.

La diminution de l'acuité visuelle qu'on a vu persister dans quelques cas, est due à des lésions concomitantes de l'œil interne, les gommés de la conjonctive n'en sont pas responsables.

Tous les cas se sont terminés par une réparation satisfaisante des lésions conjonctivales et des lésions cornéennes qui en dépendaient.

V

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1° *Syphilides secondaires*. — Ce sont en général des lésions papuleuses qui apparaissent à une période plus voisine du début, coïncident avec d'autres lésions secondaires cutanées ou muqueuses, et gardent toujours un volume restreint.

2° *Blépharites ulcéreuses*. — Les ulcérations sont superficielles, siègent sur le bord libre, sont cutanées et non muqueuses, ont une évolution ordinairement aiguë.

3° *Chalazion*. — Il peut prêter à erreur, comme il est dit dans la description de Trousseau. Cet auteur fit le diagnostic par la marche de l'affection et par l'ensemble des symptômes concomitants.

4° *Le chancre* induré pourrait prêter à erreur avec une gomme ulcérée. Une étude soigneuse de la lésion qui est arrondie, à bords obliques, repose sur une induration parcheminée souvent

saillante, l'absence de commémoratifs sont les principaux éléments de diagnostic.

5° *L'épithélioma* n'est pas toujours facile à différencier de la gomme. Avant l'ulcération il est pourtant plus dur, plus ferme, plus douloureux ; après l'ulcération il est plus végétant, etc. Si une tumeur ressemblant à un épithéliome survient sur la conjonctive d'un malade syphilitique, il ne faudra pas oublier que les cliniciens de valeur se sont trompés, et le traitement spécifique devra être essayé avant l'intervention chirurgicale.

Le lupus avec ses grains caractéristiques, les tumeurs bénignes, fibromes, lipomes ne prêteront guère à erreur.

*Les sarcomes* sont en général mélaniques et par suite d'une différenciation facile.

*La conjonctivite phlycténulaire*, en cas d'erreur sera bien vite éliminée par sa marche toute différente, les réactions plus intense dont elle s'accompagne, le petit volume des éléments, etc.

Terson a montré que *l'érythème polymorphe* peut produire de volumineuses nodosités conjonctivales ; mais celles-ci sont fugaces, apparaissent et disparaissent rapidement.

En outre, elles coïncident avec une éruption cutanée tout à fait différente des éruptions syphilitiques et surtout des syphilides cutanées tertiaires.

Le diagnostic, après examen complet du malade sera facile.

La lèpre ne prêterait pas davantage à erreur, car les tubercules conjonctivaux coïncident avec d'autres lésions. Les commémoratifs, l'origine du sujet, son passage dans les lieux où la lèpre règne à l'état endémique et enfin, dans les cas douteux la recherche du bacille de Hansen dans les tubercules, trancheront complètement la difficulté dans le cas où elle existerait.

M. le professeur Panas a montré que la confusion est possible entre les gommes épisclérales et les gommes du corps ciliaire. Cet auteur a montré qu'un certain nombre de gommes prétendues sclérales ne sont autres que des gommes ciliaires perforantes. Cette opinion est appuyée sur ce fait qu'il y a coexistence d'iritis, cette dernière lésion ayant débuté avant l'apparition de la tumeur.

#### DIAGNOSTIC DU SIÈGE ET DE L'ORIGINE

Nous devons dire quelques mots d'une question certainement plus délicate que celle du diagnostic différentiel des gommes de la conjonctive et que nous pouvons poser ainsi :

*Les gommès que nous avons étudiées et décrites sous le nom de gommès de la conjonctive ont-elles leur siège ou tout au moins leur origine dans la conjonctive elle-même ou dans les tissus sous-jacents?*

Pour simplifier la question et par là rendre plus claire nous croyons devoir envisager successivement les syphilides tertiaires de la conjonctive palpébrale et celles de la conjonctive bulbaire.

A. — Dans cinq cas de gommès palpébrales que nous avons purecueillir la conjonctive était envahie; mais leur point de départ était-il dans cette muqueuse? Trousseau à propos de ces deux observations déclare: « Comme ma propre expérience me l'a confirmé, c'est le tarse qui est le point de départ des productions gommeuses. Je n'en veux pour preuve que le siège habituel de ces tumeurs, que l'épaississement du tarse qui ouvre la marche et qu'on sent aisément par le palper au début, que l'atrophie consécutive de cet organe qui manque rarement. Fuchs, avant Trousseau avait émis cette même opinion ».

Nous pensons pourtant que des nouveaux faits et mieux encore, si l'occasion s'en présente, des examens histologiques seront nécessaires pour trancher d'une manière absolument certaine ce point de diagnostic.

B. — Les gommes de la conjonctive bulbaire ne sont pas moins complexes.

M. le professeur Panas, avons-nous dit, place dans le corps ciliaire l'origine de certaines gommes épisclérales. Nous avons brièvement indiqué le signe donné par cet auteur pour en faire le diagnostic.

Mais il nous reste à nous demander si les autres faits concernent des gommes de la conjonctive proprement dite ou si l'origine de ces tumeurs n'est pas la sclérotique ou le tissu cellulaire sous-conjonctival. Laissant de côté l'observation de Magni, trop contestée et trop contestable, nous ferons remarquer que de Wecker pose nettement le diagnostic de gomme de la conjonctive chez sa malade. Estlander, a la même opinion. Mais il n'apportent pas de preuve à l'appui de leur diagnostic. James Minor donne comme siège anatomique de la lésion de son malade la conjonctive et le tissu sous-conjonctival.

M. Larroque considère comme étant d'origine épisclérale toutes les observations au nombre de douze, qu'il a rassemblées dans sa thèse.

Nous ferons observer que pour quelques-unes le diagnostic de cette origine n'est nullement démontré et par conséquent ne peuvent être utilisées pour défendre ni l'une ni l'autre de ces opinions

D'autre part, nous lisons dans le cas de Brière (Annales d'oculistique, 1874, p. 105).

« En faisant regarder le malade en bas et en soulevant la paupière supérieure on aperçoit à six millimètres de la cornée entre les droits externe et supérieur une tumeur siégeant dans la conjonctive bulbaire, *mobile avec elle*, unie à sa surface, offrant le volume et la forme d'une lentille, d'une couleur jaunâtre tirant sur le rouge et assez consistante.

Dans notre observation personnelle, cette mobilité de la gomme sur les tissus sous-jacents est également notée. Dans ces deux cas au moins il nous semble évident que l'origine de la syphilide était bien la conjonctive.

« On peut aussi (Dénarié) se demander en présence de certaines lésions scléro-cornéales s'il ne s'agit pas de gommes propagées à la sclérotique.

Néanmoins, dans le plus grand nombre des cas, le siège primitif de la néoplasie est le tissu sous-conjonctival et épiscléral.

## VI.

### TRAITEMENT.

Le traitement spécifique est celui qui seula de l'importance.

Le mercure seul ou associé à l'iodure de potassium donne les résultats vraiment merveilleux. En quelques mois, sous son influence, la guérison est complète.

Comment doit-on l'administrer ? Nous n'avons pas la prétention de traiter ici cette question sur laquelle les syphiligraphes sont loin d'être d'accord. Disons seulement que l'intensité du traitement doit être proportionnée à l'importance, à la gravité des lésions.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(Magni, de Bologne, Giornale d'aphtalmologia italiano, 1863.)

*(Kérato-conjonctivite gommeuse?)*

Parmi les différentes formes de la conjonctivite, c'est pour la première fois (à ma connaissance du moins), qu'on a décrit la conjonctivite gommeuse, affection que j'ai eu pour la première fois l'occasion d'observer dans le mois de décembre 1861, sur la nommée Rose, Bolognaise, âgée de 44 ans.

La malade était maigre, réglée à 18 ans. Les règles furent insuffisantes dans les premières années ; elles se sont rétablies dans la suite. Elle ne s'est jamais plainte d'embarras intestinaux.

A 20 ans, elle a eu la fièvre miliaire, et à la suite de sa première grossesse, des hémorrhoides. Mariée à 36 ans.

Son premier enfant, nourri par elle-même, mourut à l'âge de 2 ans d'une bronchite aiguë. Deux ans après elle accoucha d'un enfant très bien portant.

Pendant qu'elle le nourrissait, elle contracta une blennorrhagie et des ulcères ; nous ignorons le traitement qu'elle subit, nous savons seulement qu'il fut court.

L'écoulement continua pendant cinq mois, après lesquels il prit la forme chronique; c'est alors que les cheveux blanchirent et que les dents tombèrent cariées.

La malade croyait être guérie de la syphilis, il n'en était rien, car bientôt des plaques cuivrées se présentèrent sur la peau des membres inférieurs.

Au mois d'août 1862, sans que la leucorrhée eût jamais cessé, elle entra à la clinique ophtalmologique pour une iritis à droite; elle avait toutes les apparences d'une iritis de récente formation. On procura la dilatation de la pupille par l'atropine. On avait méconnu la nature de la maladie à cause du silence de la malade sur ses antécédents, et ce n'est qu'en voyant sa marche lente et régulière que je me déterminai à donner le deuto-chlorure de mercure à doses progressives. Après vingt-cinq jours la malade quitta l'hôpital imparfaitement guérie.

Dans les premiers jours de janvier 1863 elle entre à la clinique avec des paupières œdématiées, du larmoiement, des douleurs, étendues aux deux yeux, continues et avec exacerbations nocturnes, photophobie qui n'était pas constante, mais augmentait d'intensité par moments.

A l'examen, la conjonctive palpébrale offrait une petite injection. Le bulbe oculaire attira mon attention. On y observait de petites tumeurs disséminées. Ces tumeurs avaient un volume qui variait entre une tête d'épingle et une lentille; elles avaient la forme hémisphérique, se mouvaient avec la conjonctive, excepté celle qui reposait sur le périmètre de la cornée, et étaient d'une couleur blanchâtre à leur pointe et rouge à leur base. Dans les espaces libres de la conjonctive, il y avait une injection à vaisseaux radiés, formant des groupes ayant chacun

pour centre une de ces tumeurs. Le tout ressemblait beaucoup à ce résultat qu'on observe dans la conjonctivite scrofuleuse.

Ces produits morbides étaient l'expression d'une inflammation interstitielle, ils n'avaient aucune apparence d'abcès ; l'hypersécrétion lacrymale constituait l'exsudat superficiel que l'on pouvait considérer comme symptôme de l'état hyperémique, lequel à son tour, était sous l'influence des différents centres de l'irritation spécifique.

Plusieurs de ces tumeurs existaient à la première visite, elles augmentèrent dans la suite, et d'autres de nouvelle formation parurent. Ayant observé et suivi leur marche, nous avons constaté la rapidité de leur évolution et leur multiplication. C'est alors que je me décidai à étudier leur structure, et considérant qu'on pouvait le faire sans nuire à la malade, je fis l'excision d'une d'elles en emportant avec elle un repli de la conjonctive.

L'examen microscopique montre seulement une quantité de jeunes cellules (*Giovanni formagiori cellulari*) au milieu d'une masse granuleuse.

Par les caractères cliniques et histologiques, j'ai diagnostiqué les gommes syphilitiques, non pas que des gommes, comme le dit sagement Virchow, aient des éléments anatomiques spéciaux ; mais, eu égard à l'état général, on ne pouvait pas considérer autrement, selon moi, les tubercules en question.

Ces gommes devraient être regardées comme le produit et la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif qui constitue le stroma de la conjonctive.

Avec ces altérations de la conjonctive, on remarquait

trois petits ilots opaques à la périphérie externe de la cornée, analogues en tout, aux tubercules conjonctivaux. Dans les jours de cessation du traitement, l'opacité dans chacun de ces ilots augmentait, et à deux d'entre eux aboutissaient des vaisseaux venant de la conjonctive.

A l'éclairage oblique, on observait une légère tuméfaction des parties opaques. L'épithélium correspondant était altéré à la surface de la cornée, il avait l'aspect d'un verre dépoli. Les vaisseaux du limbus conjonctival et sous-conjonctivaux, appartenant à cette zone de la cornée, étaient injectés beaucoup plus que les vaisseaux péricornéaux.

Après une dégression relative au processus suivi par la maladie, l'auteur continue :

Le reste de la cornée était normal. L'humeur aqueuse apparaissait légèrement trouble, et cet état provenait de l'irritation de l'iris et des procès ciliaires, inflammation qui existait déjà depuis le commencement et qui n'avait jamais cessé complètement.

Pas d'opacité sur la capsule cristalline antérieure.

La mydriase artificielle démontrait l'existence d'une synéchie postérieure, la consistance du bulbe n'était presque pas modifiée, mais la compression mal tolérée.

Engorgement des ganglions cervicaux. L'obscurité du corps vitré ne permet pas d'examen ophtalmoscopique ; d'ailleurs on n'avait pas remarqué de symptômes d'altération de la rétine ou de la choroïde.

La vision se limitait à distinguer des objets très gros.

Pendant l'exacerbation nocturne et la céphalée fron-

taille il n'y avait d'épiphora, comme on l'observe dans le cas d'irritation phlogistique du bulbe oculaire, la céphalée était donc plutôt de nature ostéocope. Appétit nul, paresse des fonctions intestinales, prostration très grande.

De temps en temps il y avait des accès de fièvre pendant deux ou trois jours, causés selon M. Magni, par un état d'irritation chronique du foie, rendue aiguë par l'influence du virus syphilitique.

En résumé, nous devons dire que chez cette malade il y avait eu infection locale sous forme de gonorrhée et d'ulcérations, à la suite desquelles il y a eu infection générale, d'où l'iritis et enfin les gommès conjonctivales.

Par un traitement spécifique mal toléré et varié, en six mois on a obtenu la guérison complète. La vision se rétablit. Il est bon de noter que les gommès ont disparu sans avoir été ulcérées. (Traduite par J. Petit).

## OBSERVATION II

(De Wecker. Traité d'ophtalmologie.)

Mme J. 38 ans, se présente à ma clinique au commencement de l'été de 1866, avec une tumeur de la grosseur d'une petite fève siégeant près du bord externe de la cornée gauche, entre ce bord et le tendon du muscle droit externe. Cette tumeur d'un aspect rouge foncé, d'une consistance élastique, est entourée d'un cercle conjonctival fortement injecté, ainsi que d'une zone opaque appartenant à la cornée et ressemblant à un large gérontoxon. La surface est légèrement excoriée et

recouverte d'une petite quantité de liquide grisâtre. La maladie a débuté il y a environ six mois par une tache rougeâtre, et Mme J., ne s'est adressée à un médecin qu'au moment où elle a vu la tumeur augmenter de volume et devenir le siège de douleurs lancinantes fort pénibles.

Ce médecin tenta l'ablation de la tumeur, opération qui fut suivie d'une recrudescence dans les douleurs.

Quelque temps après, on proposa une seconde opération, mais la malade ne voulut pas y consentir. C'est alors qu'elle vint nous trouver à notre clinique, d'après les conseils de M. Bazin. Au premier aspect je pensai à un épithélioma de la conjonctive, mais apercevant sur le front et sur la tempe de petites taches cuivrées, je devins hésitant et je soumis la malade à un examen complet. Je découvris alors sur le bras gauche, une éruption caractéristique de tubercules ulcérés et je diagnostiquai une gomme du tissu conjonctival à cause de l'élasticité particulière de la tumeur et de l'aspect diaphane de ses bords.

Frappé de la ressemblance de cette production avec un épithélioma, je présentai la malade au docteur Sichel père, mon ancien maître. Cet éminent praticien n'hésita pas à déclarer Mme J... atteinte d'un épithélioma de la conjonctive.

Je fis connaître alors l'état général de la malade et Sichel accepta mon diagnostic en me déclarant toutefois qu'il n'avait jamais rien vu d'analogue. Nous fûmes tous deux du même avis pour faire subir à la malade un traitement général.

Cependant Sichel, seul, proposa de faire l'ablation de

la tumeur si elle tendait à progresser et si l'opacité augmentait.

J'ordonnai un traitement antisypilitique (frictions mercurielles, pilules de sublimé, tisanes sudorifiques) et, de plus, l'instillation, quatre fois par jour, d'une forte solution de sulfate neutre d'atropine. Ce traitement fut suivi des plus heureux résultats, bientôt les douleurs cessèrent ; après quinze jours, la tumeur commença à pâlir, devint diaphane dans tout son ensemble et la guérison fut complète au bout de deux mois.

Je fis revoir alors la malade à Sichel, à cette époque on voyait seulement un léger épaississement de la conjonctive, analogue à un ptérygion qui va envahir la cornée, et une très faible opacité circonscrite de cette dernière membrane.

### OBSERVATION III

(Estlander Klinischer Monatsblätter, 1870)

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui avait contracté la syphilis neuf ans auparavant. Au-devant du tendon droit externe de l'œil gauche se trouvait, sous la conjonctive une tumeur allongée, lisse, large de deux millimètres sur cinq de long. Cette tumeur douloureuse, montrait dans ses parties centrales, une teinte gris blanchâtre, elle était légèrement exulcérée et la conjonctive voisine présentait une injection morbide. La partie de la cornée contigue à la tumeur se trouvait opacifiée.

Comme dans l'observation précédente, les douleurs et la tumeur disparurent par le traitement antisypili-

tique, de sorte qu'après quatre semaines, il ne restait qu'une cicatrice d'aspect grisâtre.

OBSERVATION IV.

(St-Martin, Bulletin de la clinique des  
Quinze-Vingts, 1884).

En 1884, St-Martin a étudié une gomme survenue quatre ans après un chancre infectant non soigné. La tumeur siégeait au point d'insertion du droit externe de l'œil et sous ce muscle. Elle avait le volume d'une noisette. Guérison en six semaines par le traitement spécifique.

Aucune altération de l'acuité visuelle, ni des milieux de l'œil au cours de la maladie.

OBSERVATION V

(Campart, Bulletin de la clinique des  
Quinze-Vingts, 1886).

Campart a observé chez une femme de 35 ans, syphilitique depuis trois ans, l'existence sur l'œil gauche, d'une gomme siégeant entre le point d'insertion du droit externe et le bord cornéen. Cette tumeur avait l'aspect d'un mélano-sarcome; elle s'accompagnait d'iritis. Elle disparut complètement en six semaines, à la suite de vingt-cinq injections de sublimé et d'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

OBSERVATION VI

(Barbar. Thèse inaugurale. Zurich 1873)

Jeune homme de 26 ans. Premiers symptômes cu-

tanés en novembre 1869. En mai 1870, kératite phlycténulaire avec infiltration profonde, rapidement améliorée. Le 23 août, il rentre avec de l'iritis exsudative, 10 septembre, iridectomie, 18, sort guéri.

En février 1871, nouvelle affection de l'œil gauche. A deux millimètres du bord supéro-externe de la cornée, on trouve une tumeur jaune rougeâtre de la sclérotique, résistante, bien limitée, grosse comme un noyau de cerise et indépendante de la conjonctive. Léger trouble de la partie adjacente de la cornée. La tumeur n'est douloureuse qu'à la pression.

Atropine, iodure de potassium. La tumeur s'affaissa lentement, l'injection localisée disparut, la sclérotique devint en ce point amincie, bleuâtre et un peu déprimée. L'œil conserva sa vision primitive.

#### OBSERVATION VII.

(Idem, ibidem)

Femme de 33 ans, syphilides pustulo-crustacées surtout aux extrémités. Pharyngite et adénite spécifique très prononcée.

Œil droit : injection ciliaire forte, cornée trouble, synéchies postérieures, iritis exsudative violente.

Trois semaines après le début de l'iritis, tumeur scléroticale à 2 millimètres de la cornée, dure, rouge, de forme sphéroïdale. Sous l'influence du traitement mercuriel, l'exsudat pupillaire se résorba rapidement, la tumeur s'aplatit et fit place à une cicatrice gris-noirâtre. Il restait quelques adhérences à la capsule, quelques flocons du corps vitré, au moment où la malade

fut transportée à la division des vénériens, à cause des accidents génitaux qui avaient pris un caractère de gravité exceptionnelle.

Cette femme succomba plus tard à une fièvre typhoïde. On trouva à l'autopsie une cirrhose syphilitique du foie.

#### OBSERVATION VII

(Brière. Observations cliniques, annales d'oculistique, 1874, p. 105).

X..., âgé de 32 ans, est syphilitique depuis l'âge de vingt et un ans. A cette époque, il négligea de consulter un médecin ne voulant pas s'astreindre à suivre un traitement de longue durée et il crut sage de se faire soigner chez différents pharmaciens par la méthode « guérison rapide et sans mercure des maladies secrètes. » Mal lui en prit, comme on peut en juger.

Après une syphilide papulo-tuberculeuse qui dura fort longtemps, il fut atteint successivement de différents accidents tertiaires qui l'ont littéralement martyrisé depuis plusieurs années : exostoses sur les clavicules, sur les côtes, sur les cubitus et les tibias ; gommes et ostéo-périostites qui l'ont contraint à marcher avec des béquilles pendant deux années, céphalalgies intenses, accidents cérébraux qui l'ont rendu comme fou, paralysies faciales, etc., phénomènes dûs probablement à une exostose ou à une gomme de la base du crâne.

Carie des cornets et du vomer, carie de toute la portion alviolaire du maxillaire supérieur gauche.

X..., présente au mois d'août 1874, du côté de l'œil droit, une injection très vive de la conjonctive bulbaire, accompagnée de larmoiement et de photophobie légère. La cornée, l'iris et les différents milieux de l'œil ne sont pas atteints. Mais en faisant regarder le malade en bas et en soulevant la paupière supérieure, on aperçoit, à six millimètres de la cornée, entre les droits externe et supérieur, une tumeur située dans la conjonctive bulbaire, mobile avec elle, unie à sa surface, offrant le volume et la forme d'une lentille, d'une couleur jaunâtre, tirant sur le rouge, et assez consistante.

Quelle pouvait être la nature de cette tumeur ? Je n'en avais pas encore vu de semblable, mais les antécédents que j'ai énuméré plus haut et la teinte cuivrée de la tumeur m'autorisèrent à penser que j'étais en présence d'une gomme de la conjonctive.

Vu la rareté de cet accident syphilitique du côté de l'œil, j'attendis du traitement la confirmation de mon diagnostic.

Je fis prendre au malade (qui avait cessé de se soigner depuis un an), du sirop de Gibert, des toniques, des aliments gras. Sous l'influence de la médication, l'état général s'améliore, la tumeur de la conjonctive diminua peu à peu, et, un mois après, on ne voyait qu'un point jaunâtre et un très léger épaissement de la conjonctive à l'endroit occupé jadis par la tumeur.

OBSERVATION XI

(*Andrews: Archiv. für Angenheilh, 1883, p. 83*). Traduite par le Dr Fromaget).

C. B..., âgé de quarante ans, se présente au Manthau eye and ear hospital de New-York, le 29 juillet 1878. Il raconte que le 1<sup>er</sup> juin 1878, il a reçu du sable dans l'œil, et qu'à la suite, son œil est devenu rouge et enflammé. C'est de cet accident que date sa maladie d'yeux. A la première visite, voici quel était l'état de son œil gauche. Toute la conjonctive était fortement enflammée ; à 2 mm. environ de la partie supérieure du limbe cornéen, on rencontrait une tumeur ovalaire, aplatie, offrant à son centre une grande ulcération recouverte de pus. Au milieu, on trouvait un lambeau brunâtre. En enlevant le pus, on s'apercevait que la base de la dépression était ulcérée et que le lambeau brunâtre était le résultat d'une perforation de la sclérotique. La paupière supérieure ne pouvait être élevée volontairement à cause de la tumeur scléroticale, ce qui cause une difformité très accentuée. Il n'y avait pas d'iritis récente, mais on trouvait des synéchies postérieures, traces d'iritis ancienne. Je pensai que l'affection était de nature syphilitique, mais le malade affirmait n'avoir jamais eu de maladie vénérienne.

J'écrivis à Boston à un médecin d'un des hôpitaux d'yeux et d'oreilles qui avait examiné le malade avant moi, et je reçus comme réponse, que le malade était entré le 10 juillet 1878 comme ayant un abcès de la conjonctive, et que le médecin, dans l'espoir de tomber sur

du pus, avait fait une incision dans la tumeur et que, comme il n'en était pas sorti, il était convaincu qu'il y avait quelque chose de caché au fond de l'œil, probablement un néoplasme.

La seconde fois que je vis le malade, je le fis déshabiller et je découvris sur son dos une syphilide qui confirma mon diagnostic.

L'acuité visuelle était de 3/200. En raison des troubles du corps vitré on ne peut chercher à se servir de l'ophtalmoscope pour voir le fond de l'œil.

Grâce à un traitement anti-syphilitique, l'affection locale disparut très vite et l'acuité visuelle était remontée le 14 août 1870 à 1/10. Depuis les derniers jours d'août jusqu'au milieu de janvier 1870 le malade s'est absenté de New-York. Pendant ce temps il a pris régulièrement son traitement et n'a cessé que pendant un certain laps de temps, comme cela lui a été recommandé. Le 20 janvier, on ne trouvait plus qu'une légère coloration bleuâtre de la sclérotique et quelques vaisseaux dilatés qui se ramifient dans la sclérotique. V 1/2. = Le malade n'a pas été revu depuis le 15 mars 1879.

#### OBSERVATION X.

*James L. Minor. — Archiv. fur Augenheilk, t. XIV*

Il s'agit d'un syphilitique dont les accidents primitifs remontaient déjà à plusieurs années. La tumeur gommeuse était située à environ 4 millimètres au dessus du bord supérieur de la cornée; elle mesurait 9 millimètres en épaisseur. Les bords en étaient nettement tranchés et la muqueuse environnante œdémateuse. Six ou huit

branches vasculaires venant du cul-de-sac supérieur semblaient se perdre dans le néoplasme ; quelques-unes gagnaient les limites de la cornée. La tumeur siégeait dans la conjonctive et le tissu sous-conjonctival ; elle était plus ou moins mobile et glissait sur la sclérotique. Une cure au sublimé et à l'iodure de potassium amène rapidement la guérison.

OBSERVATION XI et XII

(*Saltzmann. Société J. R. des médecins de Vienne*).

1<sup>o</sup> Homme de 29 ans, ayant eu un chancre il y a quatre ans. Il y un mois, ulcérations de rupia au bras, et tumeurs du volume d'une noix à la face antérieure des deux jambes. Peu après apparurent sur les paupières des tumeurs ayant l'aspect d'orgeolets, et auxquelles succédèrent des ulcères demi-circulaires intéressant toute l'épaisseur de la paupière.

2<sup>o</sup> Femme de 43 ans, chez laquelle survint, il y a un an, un exanthème papuleux : Date de l'infection inconnue. Il y a sept semaines, larmoiement, et quatre semaines après, gonflement diffus des paupières qui s'exulcèrent. Traitement anti-syphilitique infructueux. Ce qui est remarquable dans ces deux cas c'est l'apparition presque simultanée et la disposition symétrique des gommès.

### OBSERVATION XIII

(Caudron : Revue générale d'ophtalmologie, 1891).

Au mois d'avril 1890, nous étions appelé à examiner à la clinique du Dr Meyer, un homme de 40 ans, M. L., présentant à la paupière de l'œil gauche, une série de trois nodosités du volume d'une grosse lentille, accolées les unes et les autres, et siégeant au voisinage du bord libre. Leur apparition remontait à un mois environ. Le bord de la paupière, fortement épaissi, est très superficiellement exulcéré par places, toute la peau de la paupière est œdématiée et desquamée.

Après un interrogatoire du malade « résultat négatif », nous éprouvâmes quelque embarras à poser un diagnostic ferme. M. Meyer qui l'examine quelques jours plus tard, établit de prime abord le caractère infectieux du mal et applique le traitement suivant :

Le bord de la paupière étant divisé au bistouri dans toute l'étendue des petites tumeurs et un peu au-delà, la lame d'un galvano-cautère est promenée dans le sillon et détruit les deux parois sur une certaine épaisseur. L'amélioration fut considérable dès les jours suivants et la guérison rapide. En moins d'un mois, tout vestige des tumeurs avait disparu. Il ne reste d'apparent qu'une cicatrice un peu déprimée au centre du bord palpébral.

Aucun traitement général n'avait été prescrit.

Le 9 juillet suivant, ce même malade revient à la consultation avec une petite tumeur de la conjonctive située à 3 millimètres du bord externe de la cornée, dans le méridien horizontal. Ce nodule, du volume et de la

forme d'une grosse lentille, est ulcéré dans sa partie culminante.

Il mesure 10 millimètres dans le sens horizontal, 4 millimètres en hauteur, avec un relief de 3 millimètres environ.

De couleur jaune rosé, il est entouré d'une vascularisation assez étendue. Sa consistance lardacée est plus dense, comme cartilagineuse, à la périphérie. M. Meyer analysant les caractères de cette tumeur, n'hésite pas à en faire une gomme syphilitique, malgré les dénégations du malade au sujet d'une infection antérieure.

Ce diagnostic ne tarda pas à être justifié. Le patient, passé en revue, portait à la partie moyenne de la jambe gauche, au voisinage de la crête du tibia, une ulcération de forme ronde, plus grande qu'une pièce de 2 francs. Les bords irréguliers sont taillés à pic. Le fond est fortement teinté en noir par une poudre qui a été appliquée comme pansement. Cette ulcération dont le début remonte à un mois, fut soumise à l'examen du Dr Quinquaud, qui porta le diagnostic de gomme syphilitique et fit appliquer un emplâtre de Vigo. Comme traitement général, des pilules de Sédillot et l'iodure de potassium.

L'amélioration fut rapide et la guérison obtenue en moins de deux mois. Le malade, tenu en observation, n'a pas eu, depuis cette époque, de nouvelle manifestation spécifique.

OBSERVATION XIV

(Caudron, *ibidem*).

Il y a quelques années, j'accompagnai le Dr Meyer, appelé par le Dr Mac Gavin, auprès d'une jeune femme atteinte d'une ulcération ayant envahi la face conjonctivale de la paupière inférieure dans presque toute son étendue. Mme F., expliquait l'origine de son mal par la pénétration d'un fragment de charbon dans l'œil au cours d'un voyage en chemin de fer.

L'ulcère était recouvert de débris de tissus et d'une sécrétion sanieuse formant une couche d'un gris ardoisé. Assez profond, avec des bords irréguliers, décollés, taillés à pic, il n'offrait pas d'induration de voisinage. La malade, quoique d'apparence délicate, affirmait jouir d'une bonne santé. Elle était au début d'une grossesse, et comme, sauf le caractère phagédénique de l'ulcération, il n'y avait pas d'indication urgente pour un traitement général il ne fut pas prescrit.

La surface conjonctivale atteinte fut soigneusement nettoyée, les tissus détruits enlevés, et les bords régulés. Le tout fut couvert de poudre d'iodoforme. La guérison s'opéra en quelques semaines.

Quelque temps après, cette même malade se présentait à la consultation. Elle portait dans l'angle interne de l'œil gauche, sur la sclérotique bulbaire, à mi-chemin entre la cornée et la caroncule, une bosselure d'un rouge violacé, recouverte de la conjonctive un peu vascularisée, et simulant un bouton d'épisclérite.

En quelques semaines, cette tumeur, sans gagner

beaucoup en surface, prit un relief tel, qu'elle limita les mouvements de l'œil du côté du nez et produisit une diplopie croisée.

Peu de jours après, une bosselure semblable apparut au même point de l'autre œil. La malade fut soumise à un examen général, qui révéla la présence d'une large ulcération à la jambe, et de plaques muqueuses à l'anus.

Malgré toutes ses dénégations, l'infection syphilitique était certaine. Une cure méthodique de frictions mercurielles amena, dans un espace de temps relativement court, la disparition des gommés de la conjonctive.

La malade fit une fausse-couche à six mois.

#### OBSERVATION XV

Gomme du tissu cellulaire sous-conjonctival de l'œil gauche ; iritis. Autres manifestations syphilitiques.

(Ch. Faguet : Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1891.)

L., Jeanne, âgée de 23 ans, marchande ambulante, entre le 21 février 1891 à l'hôpital Saint-André, salle 21, lit n° 23, pour divers accidents syphilitiques.

Cette jeune femme est syphilitique et ne sait de quelle affection sont morts son père et sa mère.

Elle est la plus jeune de cinq enfants, ses trois frères et sa sœur ont toujours vécu en bonne santé.

Nourrie par sa mère, Jeanne L., n'a jamais été malade pendant sa première enfance et son adolescence. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans et l'a toujours été normalement depuis cette époque. Elle a été enceinte quatre fois et ses grossesses ont évolué de la façon suivante :

Première grossesse à 16 ans, accouchement à terme physiologique, l'enfant, sain et bien constitué à sa naissance, est mort à 13 mois d'une entérite ?

Deuxième grossesse à 17 ans, interrompue au cinquième mois, elle attribue cet avortement à une chute qu'elle fit, environ trois semaines auparavant. Troisième grossesse à 19 ans, interrompue au troisième mois sans cause appréciable. Enfin quatrième grossesse à 21 ans ; rien de particulier : accouchement normal. L'enfant paraît sain, est nourri par sa mère, et meurt à 9 mois à l'hôpital des enfants.

Pendant ces quatre grossesses successives, L., Jeanne, n'a présenté aucune manifestation syphilitique, et ce n'est que quatre mois après la dernière, dans les premiers jours de novembre 1889, qu'elle a souffert de la gorge et qu'elle a vu apparaître une roséole qui a duré pendant plusieurs mois. Quelques mois après, elle a perdu une grande partie de ses cheveux, surtout au niveau des régions temporales ; elle a eu également vers la même époque, une chute des sourcils très accentuée, enfin elle a eu des douleurs ostéocopes très nettes dans les membres, et de la céphalée nocturne très intense.

Au mois d'août 1890, elle a commencé à souffrir de l'œil gauche, elle s'est aperçue qu'elle y voyait moins distinctement, qu'elle se fatiguait plus vite ; l'œil devint rouge, la vue s'affaiblit de plus en plus.

Vers la même époque, apparurent des croûtes de rupia sur la face, sur les épaules, et, un peu plus tard (décembre 1890) des exostoses sur les tibias.

En dehors de ces accidents, cette femme a toujours été en bonne santé, jamais elle n'a eu de troubles diges-

tifs, respiratoires ou autres. Jamais elle n'a constaté de lésions au niveau de ses organes génitaux.

Enfin elle n'a jamais suivi, jusqu'ici, de traitement spécifique.

A son arrivée à l'hôpital, elle présente les manifestations suivantes : trois croûtes de rupia sur la face, l'une au niveau de la partie moyenne du front, une autre à la racine du nez et à gauche, la troisième enfin près de l'aile du nez du même côté ; d'autres croûtes de rupia s'observent aussi au niveau des deux épaules ; exostoses multiples sur la crête des deux tibias ; ces exostoses, très nettement perceptibles au toucher et à la vue, sont douloureuses à la pression ; une gomme sous-cutanée, non ulcérée au niveau de la malléole externe gauche ; enfin, au niveau de l'œil gauche, en soulevant la paupière supérieure, on aperçoit sur la sclérotique, paraissant faire corps avec elle et immédiatement au-dessus de la cornée, une sorte de tumeur aplatie, de près de deux centimètres de diamètre dans le sens transversal, de plus d'un centimètre dans le sens antéro-postérieur, dont les bords se perdent sur les parties voisines de la muqueuse oculaire et dont la portion centrale, légèrement bombée, fait une saillie d'environ trois millimètres. La partie de la conjonctive qui recouvre cette production morbide lui adhère assez intimement ; elle a perdu son poli habituel et présente un aspect grenu. Toute cette région de l'œil est fortement vascularisée, de teinte rouge violacé, mais sans manifestations inflammatoires proprement dites ; la douleur fait presque complètement défaut, même à la pression.

Au premier abord, on pourrait croire à une épisclé-  
ri-

tis vulgaire ; mais les commémoratifs, la présence d'autres accidents syphilitiques non douteux, le mode d'évolution de cette production singulière et, enfin, à un examen attentif, son aspect, sa configuration, sa consistance, ne permettent pas de croire à une affection de ce genre ; il s'agit très probablement d'une gomme et, en tous cas, d'une lésion de nature syphilitique.

Les résultats du traitement spécifique institué depuis quelques semaines, confirment cette manière de voir. Sous l'influence des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium, en même temps que les autres accidents s'amendent rapidement, la gomme oculaire a notablement diminué de volume, il est à prévoir qu'elle aura disparu dans quelques semaines.

Sur le même œil existe une iritis subaigüe, presque indolente. Mais, au lieu d'une de ces iritis dites gommeuses, pathognomoniques de la syphilis, ainsi qu'on aurait pu s'y attendre, étant donnés les accidents de voisinage, il s'agit d'une iritis relativement bénigne, avec quelques synéchies postérieures.

L'éclairage oblique, pas plus que l'examen ophtalmoscopique, rendu assez difficile d'ailleurs par le rétrécissement de la pupille et la présence des synéchies ne montre pas d'autres lésions intra oculaires.

Sous l'influence du traitement institué et suivi régulièrement, la guérison est survenue rapidement, et, au bout d'un mois, on a pu la considérer comme complète. La malade ne présentait plus, à sa sortie de l'hôpital Saint André, qu'un tractus fibreux assez épais, offrant, au point de vue de son aspect, quelques analogies avec

un ptérygion. Les autres accidents syphilitiques ont également disparu.

Avril 1893. Cette malade n'a pas continué son traitement, malgré les conseils qui lui avaient été donnés, aussi est-elle venue récemment nous consulter pour un nouvel accident syphilitique : une exostose frontale gauche. Nous avons pu constater, en même temps, que la lésion oculaire restait guérie ; à peine existe-t-il aujourd'hui une légère trace cicatricielle au point où siègeait la gomme sous-conjonctivale.

#### OBSERVATION XVI

*Accidents syphilitiques multiples ; gommès de la conjonctive. Traitement spécifique. Guérison.*

(Faguet, in thèse de Petit, Bordeaux 1893)

Rose B..., 32 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint André le 25 septembre 1891, salle n. 21, lit n. 17.

Antécédents héréditaires. Aucune diathèse, ni syphilis, ni tuberculose chez ses antécédents directs ou collatéraux.

*Antécédents personnels.* Aucune maladie pendant sa première enfance ; rougeole à douze ans. Réglée à seize ans, irrégulièrement jusqu'à 21 ans, époque de son mariage.

Quatre grossesses.

Les trois premières, survenues à 22, 25, 27 ans, ont été normales dans leur évolution ; les accouchements se sont faits à terme dans de bonnes conditions ; les suites ont été physiologiques

Les deux premiers enfants sont vivants, ont joui,

jusqu'à ces derniers temps d'une bonne santé, mais présentent, actuellement, des plaques muqueuses non douteuses au niveau des commissures labiales et dans l'arrière-gorge, des ganglions lymphatiques augmentés de volume, indurés, mobiles, non douloureux, dans les régions sous-maxillaires. Ces deux enfants sont manifestement syphilitiques.

L'enfant, issu de la troisième grossesse, est mort à l'âge de 17 mois d'une méningite (?).

Enfin la quatrième grossesse évolue actuellement et son début remonterait à quatre mois environ, d'après les renseignements fournis par la malade.

Entrée à l'hôpital pour des accidents multiples et paraissant être de nature syphilitique, nous apprenons que cette femme n'avait jamais présenté d'affections des organes génito-urinaires; elle n'a jamais eu de chancre. Le premier symptôme qu'elle a constaté, est une céphalée intense, nocturne, dont elle souffre depuis le mois d'avril dernier. Vers la même époque elle a observé une diminution notable de l'ouïe des deux côtés, sans symptômes apparents du côté de l'oreille externe, mais coïncidant avec des maux de gorge tenaces, une chute des cheveux, plus particulièrement au niveau des régions temporales.

Il y a trois semaines, elle a vu se développer sur l'œil droit et presque au niveau de l'angle interne, une petite tumeur non douloureuse, mais gênante et provoquant du larmoiement, comme l'eût fait un corps étranger; en même temps, douleurs périorbitaires et frontales très violentes pendant la nuit. La tumeur oculaire, d'abord de petit volume, a augmenté rapidement, s'é-

tendant de plus en plus vers la cornée. Enfin, elle a vu presque en même temps se produire des plaques d'echthyma et de rupia sur divers points du corps, un coryza tenace et des taches de syphilis papuleuse.

État actuel (25 septembre 1891). La plupart des accidents signalés précédemment (echthyma, rupia, etc. existent encore et coïncident avec des plaques muqueuses dans l'arrière-gorge et sur le voile du palais; aucune trace de chancre sur les organes génitaux, plaques muqueuses sur la vulve, polyadénite syphilitique, inguinale et cervicale.

La région interne de l'œil droit est occupée par une tumeur du volume d'un gros grain de maïs.

Cette tumeur est bosselée, irrégulière, de coloration rouge-pâle, indolente spontanément et à la pression; mais elle gêne la malade par son volume, empêche l'occlusion complète des paupières et provoque du larmoiement d'une façon continuelle. Enfin cette tumeur, intimement unie à la conjonctive, au sein de laquelle elle semble s'être développée, a des connexions profondes avec la sclérotique. Elle s'étend de l'angle interne de l'œil, qu'elle occupe presque en totalité, jusqu'au côté interne du limbe cornéen qu'elle atteint, mais ne franchit pas.

Sur l'œil gauche, au niveau de l'angle interne, existe aussi, depuis quelques jours, une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle, ayant des caractères identiques à ceux que présente la tumeur de l'œil droit à son début.

La vision paraît normale des deux côtés. L'état géné-

ral est assez mauvais ; les fonctions digestives s'accomplissent mal ; la malade s'amaigrit.

En présence de ces lésions multiples, de nature manifestement syphilitique, nous avons examiné le mari de cette malade. Ce dernier nous a avoué avoir eu, il y a environ six mois, sur le gland, un chancre unique, dont on retrouve encore la trace, sous forme d'un noyau induré. Ce chancre a été suivi, au bout de quelques semaines, de plaques muqueuses dans l'arrière-gorge, de polyadénite cervicale et inguinale de nature syphilitique et que l'on constate encore aujourd'hui très nettement.

Sur les conseils de M. le professeur Arnizan qui a examiné cette malade nous lui prescrivons du sirop de Gibert, des frictions mercurielles tous les deux jours, au niveau des plis articulaires, et, trois fois par semaine, des bains avec quinze grammes de bichlorure de mercure.

6 octobre. — Le traitement est bien toléré et déjà on constate une amélioration ; la céphalée nocturne a presque complètement disparu.

17 octobre. — Les gommès oculaires sont très notablement modifiées ; à gauche, la lésion n'existe plus ; à droite, elle a considérablement diminué de volume, et cette amélioration est nettement accusée par la malade qui éprouve beaucoup moins de gêne dans l'occlusion des paupières. Les croûtes d'ecthyma sont en grande partie tombées et ne se reproduisent pas.

24 octobre. — La grossesse continue à évoluer normalement, les lésions oculaires s'atténuent de plus en plus. Les frictions mercurielles sont suspendues.

4 novembre. — Nous constatons une exostose peu

saillante, au niveau de la région frontale gauche, elle s'est développée depuis quelques jours, sur un point où la malade a reçu, il y a plusieurs années, un violent coup de bâton.

La gomme de l'œil droit est presque entièrement transformée en tissu d'apparence fibreuse, de coloration blanchâtre, peu saillant.

L'œil gauche est atteint d'iritis, avec irrégularité de la pupille; après instillation d'un collyre à l'atropine, on constate des synéchies postérieures.

Les frictions mercurielles sont recommencées, et chaque jour on fait des instillations dans l'œil gauche avec un collyre à l'atropine.

15 novembre. — L'iritis rétrocede, mais les synéchies persistent. La guérison des gommages conjonctivales et des autres accidents syphilitiques se maintient; l'exostose frontale n'est presque plus perceptible.

Le 23 novembre, la malade est présentée à la Société d'Anatomie; il ne reste plus, de ses gommages conjonctivales, que de légers tractus d'aspect fibreux; l'état général s'est amélioré d'une façon très sensible, et la grossesse continue à évoluer normalement. Cette femme a accouché à terme à l'hôpital Saint-André (clinique obstétricale), d'un enfant bien constitué, mais sur lequel nous avons pu observer, bientôt, des traces non douteuses de syphilis héréditaire.

Le traitement a été continué très régulièrement et la guérison s'est maintenue ainsi que nous avons pu le constater tout récemment (mars 1893).

OBSERVATION XVII

(*Matignon et Vigneron: Bulletin de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 1891, p. 194*)

B..., Henri, 46 ans, voilier, entré le 7 juillet 1890 à l'hôpital St-Jean.

Antécédents. — N'a pas eu la blennorrhagie. En 1876, un chancre mou, accompagné de bubon suppuré, dans l'aine droite, dont on voit encore la cicatrice.

En 1884, un deuxième chancre ; ce chancre situé sur le bord libre du prépuce, était de consistance dure, dit le malade ; il aurait duré trois mois, suppuré assez abondamment. Il fut accompagné d'engorgements ganglionnaires dans les aines et dans toute la région du cou, engorgement caractérisé par des ganglions petits, multiples, durs et non douloureux.

Un mois et demi après le chancre se montrent les accidents secondaires ; ils furent sérieux et caractérisés par une éruption papulo-squameuse, étendue à toute la surface cutanée et au cuir chevelu qui était garni de croûtes épaisses.

En même temps, il eut des plaques muqueuses à la bouche et à l'an us ; ces dernières disparurent assez vite ; celles de la bouche ont toujours persisté, jusqu'à présent, avec des intervalles de guérison d'un à deux mois seulement.

Le malade eut, à cette époque des céphalées très violentes avec exaspération vespérale.

Traitement par l'iodure de potassium à haute dose, et par des bains de sublimé, tous les deux jours.

Il y a deux ans, à la suite d'un traumatisme de la paroi abdominale et d'excoriation de la verge, il entra à l'hôpital avec des plaques muqueuses du fourreau.

Pendant deux mois, il fut soumis au traitement mercuriel (protoiodure 0,05 et KI, 3 gr.). Le malade est rentré à l'hôpital au mois de juin pour plaques des lèvres, céphalée et des accidents du côté des yeux.

Il accusait de la photophobie, de l'iritis du côté droit, iritis qui a laissé quelques synéchies postérieures, comme on peut très bien le constater en versant, sur la cornée, quelques gouttes d'atropine.

L'examen de l'œil montrait, à ce moment-là, au niveau du diamètre horizontal et voisin du bord droit de la cornée, une tumeur d'une grosseur d'une petite lentille de couleur blanc-grisâtre. Cette tumeur diminue de volume sous l'influence du traitement. Pour le moment elle a à peine la moitié du volume qu'elle avait au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

M. le professeur Badal à qui nous avons montré ce malade a conclu à l'existence des accidents syphilitiques; c'est pour lui de l'épisclérite gommeuse.

#### OBSERVATION XVIII

*(Fromaget, in thèse de Petit, Bordeaux 1893).*

La nommée Marie A..., âgée de 22 ans, est entrée dans le service de M. le professeur Badal pour une tumeur de la conjonctive bulbaire gauche.

Depuis le mois de mai 1891, elle a eu des maux de gorge rebelles qui ont duré plusieurs mois et ont réap-

paru au mois de novembre dernier. Elle a eu en même temps des ulcérations buccales et une laryngite tellement intense, qu'elle était presqu'aphone. C'est alors qu'elle se décida à consulter un médecin qui, par le traitement spécifique, amena une grande amélioration des accidents.

La malade cessa bientôt de se soigner; il y quinze jours, elle s'aperçut qu'une petite papule rouge, grosse comme une tête d'épingle, naissait sur sa conjonctive. Elle a progressé très vite et, aujourd'hui, elle acquiert la grosseur d'une fève.

C'est une tumeur rosée siégeant au niveau du limbe, dans le grand méridien horizontal, et se dirigeant vers la caroncule. Elle a un centimètre de long sur cinq millimètres de large; de consistance molle, elle n'est pas douloureuse. La forme est ovalaire, à grand axe dirigé en bas et dehors. La conjonctive est injectée; il y a un larmoiement léger. La vision n'est nullement troublée. La cornée est intacte ainsi que l'iris. L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil n'a révélé aucune altération. En dehors des accidents oculaires, la malade présente une exostose frontale assez volumineuse, de la laryngite, des plaques muqueuses buccales, qui permettent de n'avoir aucun doute sur la lésion oculaire. Le traitement institué a consisté en l'absorption de sirop de Gibert et en frictions mercurielles. Vingt jours après, la tumeur avait complètement disparu.

J'insiste sur l'efficacité du traitement mercuriel ordinaire. Les injections sous-conjonctivales de sublimé, d'ailleurs assez douloureuses, doivent être reléguées au second plan et employées, lorsqu'il sera démontré que

le traitement ordinaire ne suffit pas et que l'œil est menacé par l'évolution de la maladie.

OBSERVATION XIX

*Gommes syphilitiques multiples situées au pourtour de la cornée.*

(Galezowski : Recueil d'ophtalmologie 1892).

M. P..., âgé de 47 ans, vint consulter le Dr Galezowski le 15 novembre 1889. Il déclara qu'il y avait cinq ans que son œil droit avait été atteint d'une grosseur dans le cul-de-sac inférieur, et que cette inflammation avait disparu au bout de quatre mois de traitement par les frictions mercurielles et le sirop de Gibert. Un an plus tard, le malade a été atteint d'une nouvelle grosseur, semblable à la première, sur le blanc de l'œil; le malade avait beaucoup souffert au front et à la tempe. Le traitement fait à cette époque au moyen de l'atropine et de pommade à l'oxyde jaune amena la guérison au bout de quatre mois. La dernière crise se déclara vingt jours avant que le malade vint à la clinique; l'œil était rouge, mais non douloureux. Peu à peu, de petits boutons apparurent au pourtour de la cornée.

Nous constatons, dit M. Parisotti dans l'observation qu'il avait rédigée à cette époque, toute une couronne de boutons au pourtour de la cornée, de grandeur et de forme variables: les uns sont ronds et du volume d'une tête d'épingle; d'autres d'une forme ovoïde, à contours irréguliers. Leur surface est bombée, lisse, insensible au toucher; la conjonctive ne se déplace pas pardessus ces tumeurs. Quelques-uns de ces boutons sont ulcérés,

avec des bords taillés à pic. Le reste de la conjonctive, aux pourtours des tumeurs, paraît normal.

La cornée présente l'épithélium soulevé par place, et elle est trouble, louché, ce qui rend à l'ophthalmoscope le fond de l'œil trouble. La vision est de  $V = 1/12$ . Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés.

Soumis au traitement par les frictions mercurielles générales de deux grammes par jours, à l'instillation d'atropine, aux douches de vapeur sur l'œil, il obtient d'abord une amélioration et au bout de cinq mois de traitement, une guérison complète, mais avec quelques traces d'iritis et des synéchies postérieures.

C'est vers le mois de février 1891 que j'ai revu le malade de nouveau; il vint me consulter pour un trouble de la vue qui était dû à une choroïdite syphilitique de l'œil droit. Les signes ophtalmoscopiques n'étaient pas douteux. Les anciennes gommes périornéennes étaient guéries, mais en laissant des cicatrices conjonctivales adhérentes par places à la sclérotique; près du bord interne, la cornée présente un leucome qui se confond avec la cicatrice conjonctivale. Le traitement mercuriel, par les frictions sur les jointures, est prescrit par moi. Le malade le continue régulièrement.

Le 27 novembre 1891 je revois le malade et je constate que le fond de l'œil s'est éclairci très notablement; des flocons très fins se voient dans le corps vitré, mais la papille paraît beaucoup plus nette; vers *l'ora serrata* j'aperçois plusieurs taches atrophiques et pigmentaires qui sont le résultat de la choroïdite syphilitique. La guérison de la choroïdite syphilitique est certaine, mais

le traitement devra être continué pendant deux années consécutives.

#### OBSERVATION XX.

(P. Vodzinski. Wiestnick oftalmologie, 1892).

Chez un malade qui se plaignait d'une gêne dans les mouvements des paupières gauches, ainsi que d'un trouble de la vue du même œil, l'auteur constata la présence d'une tumeur immobile, proéminente, de forme arrondie et assez limitée, mesurant à peu près 1 centimètre. La tumeur était située au voisinage de la fente palpébrale, à côté du bord externe de la cornée gauche, siège habituel des phlytènes.

De couleur rouge foncée, cette tumeur offre, à son centre, une ulcération assez profonde, cratériforme, à fond sale, à bords creusés, et sécrétait un liquide purulent, en quantité insignifiante. La pression exercée sur la tumeur ne provoquait aucune douleur. On trouvait une rétinite diffuse.

Le traitement antisiphilitique amena la résorption complète de la gomme scléroticale et il ne resta qu'une profonde tache pigmentée.

#### OBSERVATION XXI

(Lagrange, in thèse de Petit).

La femme B., âgée de 60 ans, habitant Bordeaux, se présente le 9 mai 1891 à la clinique du D<sup>r</sup> Lagrange pour des troubles oculaires qu'elle avait depuis quelques jours.

On constate en effet une forte hyperémie conjonctivale avec du larmolement et de la photophobie. Une exploration plus attentive montre, au-dessus de la partie supéro-interne de la cornée gauche, une infiltration cellulaire assez indurée simulant une petite tumeur assez nettement circonscrite, du volume d'une lentille, que l'on peut songer à prendre pour un point d'épisclérite circonscrite.

Dans les antécédents de la malade on trouve des accidents laryngés, des affections cutanées, indolores et enfin, il y a trois mois, de violents accès de céphalées qui reviennent encore par moments.

Tous ces faits n'hésitent pas à faire penser qu'on se trouve en présence d'une gomme syphilitique de la conjonctive.

Pas d'autres accidents oculaires ; la vision est bonne. M. le Dr Lagrange institue un traitement en conséquence ; iodure de potassium à l'intérieur, frictions mercurielles, pommade au bioxyde jaune dans l'œil, et collyre pour atténuer la photophobie.

On n'a pas de renseignements sur la malade, ni sur l'évolution de la maladie.

#### OBSERVATION XXII (Personnelle).

Le nommé G..., Gaston, âgé de 29 ans, vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière le 23 août 1893.

Il est atteint de lésions syphilitiques tertiaires multiples, qui consistent, principalement, en gommes cutanées et sous-cutanées disséminées sur les membres supérieurs et inférieurs. Quelques-unes de ces gommes

sont ulcérées et recouvertes de croûtes épaisses brunâtres.

Le malade nous raconte qu'il a eu un chancre induré il y a dix-huit mois. Le diagnostic a été fait à l'hôpital St-Louis par M. le professeur Fournier. Il n'a suivi le traitement que pendant quelques semaines, et depuis cette époque ne s'en est plus occupé.

Il vient à la consultation pour ses manifestations cutanées et aussi parce qu'il souffre de l'œil. M. le Dr Muselier qui l'examine, constate sur la conjonctive bulbaire au voisinage du cul-de-sac inférieur gauche, une tumeur grosse comme un pois, qui soulève la paupière et la reporte en avant. Cette tumeur est rouge jaunâtre, molle et élastique, entourée d'une zone vasculaire. Il semble, après anesthésie à la cocaïne, que cette tumeur est mobile sur les tissus sous-jacents. L'œil, dans sa totalité est un peu rouge. La cornée est saine, l'acuité visuelle paraît normale.

Etant donné l'état général du malade le diagnostic le plus rationnel, paraît être celui de gomme de la conjonctive.

Le malade est soumis au traitement spécifique.

Pilules de protoiodure de mercure de deux centigrammes : 4 par jour.

Iodure de potassium 2 grammes, gargarisme au chlorate de potasse.

Bains de sublimé.

Le 3 septembre le malade revient. La tumeur a déjà considérablement diminuée de volume, elle n'a plus guère que celui d'un demi pois, d'une lentille.

Les lésions cutanées se sont peu modifiées.

Le 15 septembre. L'amélioration est encore plus grande.  
Même traitement.

Le 28 septembre. La guérison est presque complète,  
elle s'est faite par résolution.

Les éruptions cutanées s'améliorent. Le malade continue son traitement.

Il n'a plus été revu.

## CONCLUSIONS

La syphilis tertiaire ne respecte pas toujours la conjonctive, bien que les gommès de cette muqueuse soient pourtant assez rares.

Les gommès de la conjonctive peuvent avoir un début insidieux ou assez rapide et alors relativement bruyant.

Elles sont uniques ou multiples, leur volume est variable et peut atteindre celui d'une noisette.

Non traitées, elles se terminent par ulcération et sous l'influence du traitement spécifique par résolution, habituellement.

Leur siège est variable, elles siègent le plus souvent sur la conjonctive bulbaire, parfois aussi sur la conjonctive palpébrale. Les gommès bulbaires sont ordinairement uniques ou en nombre restreint, celles de la conjonctive palpébrale sont, le plus souvent, au nombre de plusieurs, et, parfois assez nombreuses.

Elles coïncident, quelquefois, avec des lésions syphilitiques de l'œil interne, auxquelles il faut at-

tribuer les troubles de la vue qu'on voit persister parfois.

Quand elles siègent près du limbe scléro-cornéen, elles peuvent déterminer des opacités partielles de la cornée.

Leur pronostic est bénin quand elles sont bien traitées.

Le diagnostic est parfois difficile, et ne devient certain qu'après l'action curative du traitement ordinaire de la syphilis.

En ce qui concerne leur origine, la plupart des auteurs pensent que les gommès de la conjonctive palpébrale ont leur origine dans le tarse.

Celles de la conjonctive bulbaire auraient leur origine, le plus souvent, dans la sclérotique ou le tissu cellulaire sous-conjonctival. Mais une observation de Brière et notre observation personnelle démontrent qu'elles peuvent naître aussi dans la conjonctive elle-même.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LAWRENCE. — Lectures in the Lancet. Londres, 1826.
- MACKENZIE. — Traité des maladies de l'œil. Paris, 1856.
- CHARLES BELL. — Nervous system of the human body.  
(London, 1830.)
- DESMARRES. — Traité des maladies des yeux. Paris,  
1847, page 138.
- MAGNI. — Giornale d'oftalmologia italiano, 1863.
- DE WECKER. — Traité d'ophthalmologie (Tumeurs de  
la conjonctive.)
- ESTLANDER. — Klinischer Monatsblatte, 1870.
- SAINT-MARTIN. — Bulletin de la clinique des Quinze-  
Vingts, 1884.
- BARBAR. — Thèse de Zurich, 1873.
- BRIÈRE. — Annales d'oculistique, 1874.
- ANDREWS. — Archiv. für Augenheilk., 1883, p. 83.
- JAMES MINOR. — Archiv. für Augenheilk., t. XIV.
- TROUSSEAU. — Annales de Dermatologie, 1888.
- CAUDRON. — Revue générale d'ophthalmologie, avril  
1891.
- SALTZMAN. — Société I. R. des médecins de Vienne,  
janvier 1890.

- FAGUET. — Journal de méd. de Bordeaux, mars 1891.  
MATIGNON et VIGNERON. — Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1891, p. 194.  
GALEZOWSKI. — Recueil d'ophthalmologie, janvier 1892.  
VODZINSKI. — Wiestnick oftalmologie, 1892.  
SAVY. — Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive. Thèse de Paris, 1876.  
PANAS. — Traité des maladies des yeux.  
PETIT. — Thèse de Bordeaux, 1893.  
PANAS. — Épisclérite syphilitique. (Union médicale, 1890).  
DEMICHERI. — Gommès épisclérales (Ann. d'oculistique).  
LARROQUE. — Thèse de Paris, 1896.
- 

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

PANAS

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

---





